

servât après la paralysie de Bell, lorsque celle-ci avait été portée très-loin et qu'elle avait duré longtemps.

L'année dernière, nous en avons dans le service de la Clinique un autre exemple très-frappant. Bien entendu, ces faits ne se présentent pas toujours sous la même forme, en ce sens que tantôt la contracture portera sur un muscle, tantôt sur un autre : chez celui-ci, ce sera l'orbiculaire des paupières qui sera affecté, et il en résultera que l'œil, au lieu d'être plus ouvert que l'autre, se fermera et paraîtra plus petit; chez celui-là, ce seront les muscles zygomatiques, le buccinateur, comme chez notre jeune femme. Il peut arriver aussi que les muscles se rétractent à la longue, et alors il y a non plus seulement une simple difformité de la face, mais encore une gêne considérable dans les mouvements. Cette contracture des muscles du visage est, je vous le répète, une des terminaisons fréquentes de la paralysie dite rhumatismale de la septième paire. Duchenne (de Boulogne) a consacré à ce sujet un intéressant chapitre de son ouvrage<sup>1</sup>. Je m'étonne d'autant plus de voir que nos livres classiques en aient aussi peu fait mention, que la contracture musculaire consécutive à la paralysie des membres ou du tronc est un accident qui a été signalé par tous.

Un peu d'attention suffira pour faire éviter les erreurs de diagnostic.

Quant au diagnostic différentiel des diverses espèces de paralysies entre elles, il s'établira sur la connaissance des circonstances dans lesquelles l'affection est survenue, sur la marche qu'elle aura suivie dans son développement, sur les phénomènes concomitants.

Dans une de nos précédentes conférences, j'ai trop longuement insisté sur les caractères distinctifs entre la paralysie de Bell et la paralysie faciale symptomatique d'une affection cérébrale telle que l'hémorrhagie, pour que j'aie besoin d'y revenir. Il est cependant des cas embarrassants : c'est lorsque la paralysie faciale se lie à l'existence d'une tumeur encéphalique développée, soit dans les enveloppes du cerveau, soit dans le cerveau lui-même, soit dans l'os du rocher, au voisinage du point où le nerf de la septième paire s'engage dans l'aqueduc de Fallope. La cause de cette paralysie, alors surtout que celle-ci se montre brusquement, peut être méconnue, et la maladie peut être prise pour une affection de nature rhumatismale. Ces cas sont heureusement très-rares, et d'ailleurs il ne se passe pas longtemps sans que d'autres phénomènes viennent éclairer le diagnostic.

La paralysie faciale dite idiopathique guérit généralement, elle guérit d'autant plus rapidement qu'elle est survenue subitement et que le malade est plus jeune. Dans certaines circonstances, la maladie résiste opiniâtre-

1. Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique*, 3<sup>e</sup> édition, Paris, 1872, p. 866.

ment à toute action thérapeutique, sans que rien dans les phénomènes qui la caractérisent vous donne la raison de cette opiniâtreté; tandis que, dans d'autres circonstances, le mal, qui semblait se présenter avec des symptômes identiques, cède avec la plus merveilleuse facilité. Duchenne a démontré que nous possédions dans l'électrisation localisée un moyen de distinguer ces cas, l'abolition de la contractilité électrique dans les muscles paralysés étant considérée par lui comme un signe certain de l'incurabilité de l'affection.

Maintenant, messieurs, quelques mots du *traitement*. Avant toutes choses, n'oubliez pas que la paralysie faciale est quelquefois une affection tellement passagère, qu'elle guérit en vingt-quatre heures, quinze et même douze heures, avant que la médecine ait eu le temps d'intervenir. C'est là, il faut le dire, l'exception; le plus souvent, il faut agir. La médication antiphlogistique, des applications de sangsues ou de ventouses scarifiées au-devant de l'oreille et au niveau de l'apophyse mastoïde, trouvent leur indication quand la douleur et un certain degré de tuméfaction de la région parotidienne semblent annoncer une irritation des parties.

Quand le mal revêt des allures moins aiguës, c'est aux remèdes excitants du système cutané qu'il faut avoir recours. Les vésicatoires occupent ici la première place. S'ils font défaut, on est obligé d'employer des moyens plus énergiques, la cautérisation transcurrente, les cautères, les moxas.

Une médication dont j'ai retiré d'assez bons effets est l'emploi des préparations de strychnine ou de véraltrine par la méthode endermique. A cet effet, sur le derme dénudé par un emplâtre vésicant, je fais appliquer, soit de 2 à 10 milligrammes de sulfate de strychnine, soit la même dose de véraltrine; ces deux substances doivent toujours être mêlées à cinq ou six fois leur poids de sucre en poudre. Je me suis assez bien trouvé des applications sur la région parotidienne de compresses imbibées de teinture de noix vomique.

Enfin, l'acupuncture, l'électropuncture, ou plus simplement l'électrisation, ont été d'un utile secours; mais il faut être prévenu que la faradisation demande à être employée suivant certaines règles qui ont été parfaitement indiquées par Duchenne<sup>1</sup>.

Ce que nous disons ici du traitement ne se rapporte qu'à la paralysie dite rhumatismale. Il est trop évident que celle qui reconnaît pour cause ou une section accidentelle du nerf, ou sa destruction dans les maladies du rocher, est tout à fait au-dessus des ressources de l'art.

Messieurs, je ne vous ai parlé jusqu'ici que de l'hémiplégie faciale; quelques mots, en finissant, sur la *paralysie double de la face*, dont M. le docteur Davaine, dans un long et substantiel mémoire, a résumé les

1. Duchenne, *De l'électrisation localisée*, Paris, 1872.

caractères, qui varient suivant que la paralysie est générale ou partielle, complète ou incomplète<sup>1</sup>.

Dans la paralysie générale et complète (la seule dont nous nous occupons ici, la paralysie partielle des deux nerfs de la septième paire n'ayant été observée que chez les animaux), les traits du visage n'ont rien perdu de leur régularité, ou, pour mieux dire, il n'y a plus ce défaut de symétrie qui dans l'hémiplégie est le fait de l'absence d'antagonisme entre les muscles du côté affecté et ceux du côté sain. La physionomie, immobile, prend une expression particulière, et ressemble à un masque inanimé sur lequel les impressions de l'âme ne se traduisent plus que par le changement de coloration. La peau du front est sans rides, la région sourcilière est abaissée; les paupières sont largement ouvertes sans pouvoir se fermer, l'inférieure est à demi renversée, et, comme dans l'hémiplégie, les larmes s'épanchent constamment sur les joues, de même que les lèvres à demi entr'ouvertes laissent couler la salive hors de la bouche. Les narines rétrécies s'affaissent encore pendant l'inspiration, tandis que dans les fortes expirations, les joues sont soulevées pour retomber bientôt à la façon d'une voile mal tendue. Les phénomènes que nous avons analysés à propos de l'hémiplégie faciale, à savoir, la gêne de la mastication, l'impossibilité de cracher, de souffler, de siffler, la gêne de la prononciation de certaines consonnes et des voyelles labiales, ces phénomènes sont bien plus marqués dans cette paralysie double de la face; de plus, la voix est nasillarde, et cela tient à ce que le voile du palais, qui, nous l'avons vu, est quelquefois compris dans la paralysie d'un seul côté, l'est généralement bien plus complètement dans la double paralysie. Si l'on examine le fond de la gorge, on ne retrouve plus, comme dans l'hémiplégie, ni la déviation de la luette, ni la diminution dans le diamètre d'une des arcades comprises entre celle-ci et les piliers correspondants; les deux arcades sont symétriques. Mais de cette paralysie complète du voile du palais résulte, indépendamment de la voix nasillarde, la gêne de la déglutition et le retour des boissons par le nez. La gêne de la déglutition dépend aussi d'autres causes: d'une part, de la paralysie du ventre postérieur du muscle digastrique et de celle du muscle stylo-hyoïdien qui, recevant un rameau du nerf facial, élève la base de la langue; d'autre part, de la paralysie du pharynx lui-même, auquel se rendent également des rameaux du nerf de la septième paire; enfin, la langue ne peut plus être facilement portée hors de la bouche, ni sa pointe recourbée en haut.

Vous comprenez, messieurs, qu'il est impossible de ne rien formuler

1. Davaine, *Mémoire sur la paralysie générale ou partielle des deux nerfs de la septième paire* (Mém. de la Société de biologie, 1852, et Gazette méd. de Paris, 1852 et 1853).

d'une manière générale sur la marche, la durée, la terminaison de la paralysie double de la face; parce qu'en effet, sa marche, sa durée, sa terminaison, sont nécessairement subordonnées aux causes dont elle relève.

Tantôt ce seront des lésions du centre nerveux, comme des épanchements, du ramollissement, etc., dont les expressions symptomatiques resteront limitées aux muscles animés par les nerfs de la septième paire, ainsi que cela existait dans une des observations rapportées par M. Davaine, sans qu'il nous soit possible d'expliquer par la lésion cadavérique la localisation de la paralysie dans ce cas.

Tantôt ce seront des affections qui auront frappé sur les deux nerfs faciaux dans leur trajet à travers le rocher. Ainsi, M. Davaine cite un exemple de paralysie double survenue à la suite d'une commotion violente qui avait fracturé en même temps les deux os temporaux. Or, dans ce cas, la paralysie s'expliquait par la compression exercée sur les nerfs ou par la déchirure de ces nerfs. Mais on conçoit qu'une maladie générale comme la scrofule et la syphilis, sera plus propre qu'aucune autre à produire une lésion simultanée des deux rochers et à amener les accidents de paralysie double de la face. Tel est le fait observé par Dupuytren, d'une jeune fille de seize ans qui fut atteinte de cette double paralysie, frappant d'abord le côté gauche et huit jours après le côté droit, et qui céda après huit mois d'un traitement antisiphilitique. Il y a quelques jours, je lisais dans *la France médicale* une observation analogue tirée du *Dublin quarterly Journal*, et prise par le docteur O'Connor sur un malade qui avait eu depuis longtemps des symptômes de syphilis constitutionnelle et qui était spécialement atteint de périostite des os du crâne. La paralysie de la face occupa d'abord le côté gauche et bientôt le droit. L'ouïe n'avait subi aucune atteinte, et il n'existait aucun trouble intellectuel, bien qu'à en juger d'après sa physionomie le sujet parût complètement idiot. Les traits avaient perdu toute leur expression. Les yeux étaient continuellement fixes, injectés, rouges et baignés de larmes qui coulaient goutte à goutte sur les joues. Les commissures labiales, flasques et pendantes, laissaient échapper la salive, ainsi que les liquides que le patient cherchait à avaler, la déglutition ne s'exécutant qu'avec beaucoup de difficulté. Les lèvres ne concourant plus à l'émission de la parole, la voix était gutturale et semblait sortir du fond de la gorge. Comme il n'y avait aucun danger pour la vie, l'aspect de la physionomie chez ce pauvre garçon faisait naître le rire plutôt qu'un sentiment de pitié. Aussi les plaisanteries de ses compagnons le forcèrent-elles à quitter l'hôpital, en sorte que M. O'Connor ne put connaître la terminaison de la maladie.

Enfin cette paralysie double de la face peut résulter d'une action exercée sur le nerf de la septième paire à sa sortie du trou stylo-

mastoïdien et sur ses divisions périphériques. A cet ordre de causes se rapportent la compression du forceps au moment de l'accouchement, le froid, qui produisent si communément l'hémiplégie faciale.

La paralysie faciale double a été confondue avec une autre forme de paralysie incomplète de la face, à laquelle j'ai donné le nom de *paralysie labio-glosso-laryngée*, et qui a été décrite par Duchenne (de Boulogne), sous le titre de *paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres*; affection étrange, longtemps ignorée et qui fera le sujet de notre prochaine conférence.

Vous vous rappelez certainement avec quel soin nous avons recueilli les observations de cinq malades qui en étaient atteints et qui pendant plusieurs mois sont restés dans mes salles Saint-Bernard et Sainte-Agnès. Chez ces malades il y avait paralysie du voile du palais, de la langue et des lèvres; la prononciation des mots, de certaines lettres, la déglutition de la salive et des aliments avaient été d'abord difficiles, puis étaient devenues presque absolument impossibles : mais jamais la paralysie ne s'était étendue à la moitié supérieure de la face, les muscles qui président à l'action du rire, ceux qui président à l'occlusion des paupières, avaient conservé toute leur contractilité, et les malades, quelques instants avant de mourir, asphyxiés par la paralysie des muscles respirateurs ou par la présence du bol alimentaire dans la dernière portion du pharynx, conservaient encore sur leur visage assez d'expression pour témoigner leur reconnaissance aux gens qui les soignaient.

Dans la paralysie faciale double, au contraire, le masque reste muet, aussi la contractilité persistante de la moitié supérieure de la face dans les cas de paralysie labio-glosso-laryngée suffirait à elle seule pour faire éviter une erreur de diagnostic.

Ajoutons que dans la paralysie de Bell jamais la langue n'est paralysée au point de ne pouvoir être portée hors de la bouche. — Et si les malades parlent difficilement, c'est moins leur langue que leurs lèvres qui font défaut pour l'articulation des mots.

Cependant M. Davaine, à une époque, il est vrai, où la paralysie glosso-laryngée n'était point encore décrite, n'avait pas su éviter l'erreur, et dans son mémoire on trouve deux faits<sup>1</sup> qui ont trait à la maladie dont étaient atteints nos cinq malades. Je conviens que l'on peut se tromper aisément, parce que, dans cette singulière paralysie partielle, le muscle orbiculaire des lèvres et la langue se meuvent à peine; et comme, dans l'acte de parler, la bouche est nécessairement la partie dont les mouvements sont le plus fréquemment répétés, que d'ailleurs la plupart des muscles de la face convergent vers les lèvres, celui qui est atteint de cette maladie sem-

1. Davaine, *De la paralysie générale ou partielle des deux nerfs de la septième paire*, obs. VII et VIII, Paris, 1852.

ble avoir le masque immobile comme celui qui a une double paralysie faciale : mais, en y regardant de plus près, on voit que l'orbiculaire des paupières, que les autres muscles de l'expression ont encore toute leur énergie, ce qui n'a pas lieu dans la paralysie de Bell. De plus, les muscles conservent invariablement l'excitabilité électrique, tandis que dans la paralysie de Bell cette excitabilité est nulle ou à peu près.

M. Davaine donne, d'après Marshall-Hall, un moyen expérimental pour arriver à connaître si la cause de la paralysie double de la face siège dans l'encéphale ou sur le trajet des nerfs. Dans le premier cas, la faculté conductrice de ces cordons nerveux se maintient indéfiniment, de telle sorte qu'en appliquant le galvanisme au tronc et aux principales branches des nerfs faciaux, tous les muscles qui en reçoivent des rameaux entreront en contraction, comme si l'on appliquait le galvanisme à ces muscles eux-mêmes; tandis que lorsque la cause paralysante se trouve sur le trajet des nerfs, ils perdent très-facilement leur faculté conductrice. En outre, si l'on observe des mouvements réflexes dans les muscles paralysés, on aura la certitude que la cause de la paralysie réside dans les centres nerveux.

Le siège de la paralysie déterminée, la cause connue ou présumée, le traitement trouvera son indication, et j'aurais à vous répéter ici ce que je vous ai indiqué tout à l'heure à propos de l'hémiplégie.